

VOLET SOCIAL

A transmettre par courrier à l'adresse :
AMISEP – Service Tiliamm – ACT HLM
21 Place de la Libération-56000 Vannes
 ou mail : acthlm@amisep.fr

(Réservé au service ACT)

Établissement instruisant la demande		N°
Nom et qualité du travailleur social	<input type="checkbox"/> Personne non connue des services sociaux	<u>Date réception</u> <u>Date réponse</u>
Coordonnées du travailleur social : Tél : Mail : Autres intervenants : Tél : Mail :		<u>Décision de la commission</u>

ETAT CIVIL

NOM : Prénom :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Domiciliation : Code postal :
 Ville : Téléphone :
 Nationalité : Langue parlée :
 Situation de famille :
 Nombre d'enfants : Dont à charge :

SITUATION SOCIALE

Numéro de SS :
 Ouverture des droits : Date de début : Date de fin:
☐ S. S. de base ☐ S. S. + Mutuelle ☐ PUMA ☐ C.S.S. avec ou sans participation
☐ A.L.D. ☐ A.M.E. ☐ Aucun droit ☐ En cours :

JOINDRE UNE COPIE DES DIFFÉRENTS JUSTIFICATIFS

MESURE DE PROTECTION

☐ Sans ☐ Sauvegarde justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ En cours :
 Nom : Téléphone :
 Service : Adresse :

SITUATION ADMINISTRATIVE

Titre de séjour : ☐ oui ☐ non ☐ non concerné

Date de validité du titre :

PERSONNE RESSOURCE

Personne à joindre

Lien :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Autre personne à joindre

Lien :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

JOINDRE LA COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ OU LE TITRE DE SEJOUR

TYPE D'HEBERGEMENT / LOGEMENT

☐ Locataire / Propriétaire ☐ Familial ☐ Chez un tiers ☐ Institutionnel/associatif :

☐ S.D.F. ☐ Autre :

Présence d'animaux : ☐ oui ☐ non

Solution de garde : ☐ oui ☐ non

Type d'animal :

RESSOURCES

Profession :

Salarié : ☐ oui ☐ non

☐ Pôle emploi ☐ RSA ☐ A.A.H. ☐ Invalidité ☐ I.J – Date fin arrêt travail :

☐ Autre :

⇒ Évaluation sociale détaillée à joindre

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission tels que les conditions de vie de la personne, son autonomie et les éventuels projets à court et/ou moyen terme

Documents impératifs en complément du dossier social :

- Demande d'admission en ACT HLM signée par le demandeur
- Fiche demandeur ou lettre de motivation du demandeur

Signature du professionnel instruisant la demande

Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique
Hors les Murs (ACT HLM)

Je soussigné(e)¹ _____

Né(e) le _____ à _____

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la structure.

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

Exposé des attentes et des projets :

Fait à _____

Le _____

Signature :

¹ Nom du demandeur